



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248327

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Moisés Hernández Hernández				
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	Hombr(O)1 Mujer(O)2 Se ignora(O)9			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?				
HEMM661290416922506		Si(O)1 No(O)2 Se ignora(O)9	Mexicana(O)1 Otra(O)2 → Especifique			
7. NACIONALIDAD		8. EDAD				
Se ignora(O)9		Para menores de una hora	Para menores de un día			
9. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un mes	Para menores de un año			
Separado(a)(O)6		Horas	Días			
En unión libre(O)4		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
Divorciado(a)(O)3		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior			
Soltero(a)(O)1		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
Se ignora(O)9		10.7 Código Postal	10.8 Localidad			
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
Anote el domicilio permanente donde vivía el(fa) fallecido(a)		Zacatecas	Se ignora(O)9			
10.11.1		10.11.2	10.11.3			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna(O)1	Preescolar(O)12	Primaria(O)3	Secundaria(O)5			
Bachillerato o preparatoria(O)7	Profesional(O)8	Posgrado(O)10	Se ignora(O)99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Completa(O)1	Incompleta(O)2			
IMSS(O)2	PEMEX(O)4	SEMAR(O)6	IMSS BIENESTAR(O)10			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica				
Secretaría de Salud(O)1	IMSS(O)3	PEMEX(O)5	SEMAR(O)7			
IMSS BIENESTAR(O)2	ISSSTE(O)4	SEDA(O)6	Otra unidad médica privada(O)8			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si(O)1 No(O)2 Se ignora(O)9	Si(O)1 No(O)2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
PARTE I		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:				
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo(O)1	El parto(O)2			
Causas antecedentes		43 días a 11 meses(O)4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte(O)5			
Estados morbosos, si existieron, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Si(O)1	No(O)2			
d)		Si(O)1	No(O)2			
PARTE II		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron		Si(O)1	No(O)2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				
22.1 Fue un presunto		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área industrial(O)6			
Accidente(O)1 Homicidio(O)2		Vivienda particular(O)0	Área deportiva(O)3			
Suicidio(O)3 Se ignora(O)9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)(O)1	Granja(O)7			
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Calle o carretera (vía pública)(O)4	(rancho o parcela)(O)5			
22.5 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Escuela u oficina pública(O)2	Otro(O)8			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía			
22.7.10 Entidad federativa						
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante(O)1	Médico legista(O)2	Otro médico(O)3	7715063			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud(O)4	Autoridad civil(O)5	Otro(O)8	Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	7715063			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa		32.3 Entidad federativa			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.4 Día	32.5 Tipo de asentamiento humano			
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	Mes	Año			
31. Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía					
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD						

\*SILA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE DATOS PERSONALES EN PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS

212248327